



## Einwilligung in die Speicherung meiner persönlichen Daten als Besucher\*in

(Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO)

Sehr geehrte Besucher\*in,

aufgrund des § 32 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 148), verordnet die Landesregierung:

Für Krankenhäuser gemäß der zweiten Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus gelten Ausnahmen vom Besuchsverbot für Besucher\*innen, sofern sichergestellt ist, dass

1. Die Besucher\*innen registriert sind.
2. Patienten in Krankenhäusern in den ersten sechs Tagen insgesamt bis zu zwei Besuche von jeweils maximal 2 Personen empfangen. Ab dem siebten Tag darf täglich Besuch von jeweils maximal 2 Personen empfangen werden. Die Besuchszeit ist grundsätzlich auf 1 Stunde limitiert. Die zeitliche Begrenzung soll nicht für jeweils einen Elternteil oder eine/einen Erziehungsberechtigte\*n für Kinder unter 14 Jahre sowie eine Person während Geburt im Kreißsaal oder aus sozial-ethischen Gründen, wie beim Besuch von Sterbenden gelten.
3. Die Besucher\*innen über persönliche Schutz- sowie Hygienemaßnahmen aufgeklärt und angehalten werden, diese dringend einzuhalten.
4. Besucher\*innen mit akuten Atemwegserkrankungen die Einrichtung auch bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen eines Ausnahmefalls nicht betreten dürfen.

**Um einen Besuch von Patient\*innen in unserem Haus zu ermöglichen, benötigen wir daher von Ihnen folgende Daten:**

### Daten des Patienten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Daten des/der Besuchers/Besucherin:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

(für mögliche Kontaktaufnahme  
durch das Gesundheitsamt)

Besuchsdatum, Uhrzeit  von:  bis:

Die Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wird meine oben genannten persönlichen Daten für die Dauer eines Monats aufbewahren. Bei Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage muss das Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH Ihre Daten an das Gesundheitsamt weiterleiten.

**Die Besuchszeiten sind auf die Zeit zwischen 14:00 und 18:00 Uhr beschränkt.  
Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen auf der Rückseite.**



### Gesundheitsfragen

1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Risikogebiete gemäß der Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (Siehe aushängende Liste)  
 ja                       nein
2. Haben Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten?  
 ja                       nein
3. Haben Sie kürzlich einen Verlust des geruchs-oder Geschmackssinns bemerkt?  
 ja                       nein
4. Standen Sie in den letzten 14 Tagen mit einer am SARS-CoV-2-Virus erkrankten Person in Kontakt?  
 ja                       nein
5. Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder befunden hat?  
 ja                       nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Es steht Ihnen frei, Angaben auf diesem Formular bzw. eine Unterzeichnung dieses Formulars zu verweigern. In diesem Fall behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen und Ihnen den Zutritt zu verwehren.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Sie dies bei jedem Besuch erneut fragen müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher\*in

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Informationsblatt zu den Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen** erhalten sowie die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe. Die Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen habe ich verstanden und werde diese auch befolgen.

Das Betreten der Räumlichkeiten der GZW gGmbH erfolgt auf eigene Gefahr. Die GZW gGmbH haftet nicht für etwaige Schäden, die dadurch entstehen, dass sich Besucher bei Betreten der Räumlichkeiten nachweislich mit Covid-19 infiziert haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher\*in